

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-764843

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2907

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENABDERRAZIK RACHID

Date de naissance :

30-09-1944

Adresse :

B.C.C. BRESTICIA IMMOB N°5

Tél. : 0676090802

BOUSKOURA

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence Walilim AN°5
Tél : 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12-04-2023

Nom et prénom du malade :

MR BENABDERRAZIK RACHID

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12.04.2023	Consultation	1	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

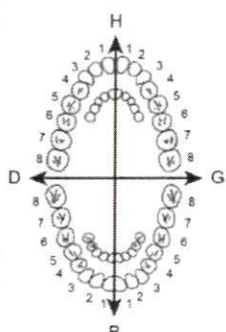
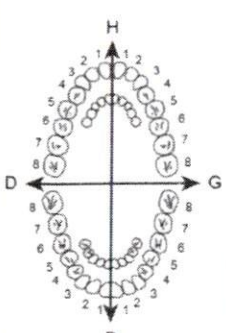
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Houda LAHLOU	18.05.23					500 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H																									
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mr. BENABDERRAZIK RACHID

Champ Visuel Goldmann

CABINET D'ORTHOPTIE
Fettouma JOUAHRI
Houda LAHLOU
19, Rue Hadj Omar Riffi - Casablanca
Tél.: 05 22 30 63 10/05 22 54 11 49

الدكتور بنعبد الرازق محمد علي
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence Walili Imm A N°6
Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca

Casablanca , le 12/04/2023

CABINET D'ORTHOPTIE

HOUDA LAHLOU

Diplômée de la faculté
de médecine de Montpellier

FETTOUMA JOUAHRI

Diplômée de la faculté
de médecine de Bordeaux

Casablanca, le 18.05.23 .

FACTURE

580/23

Je soussignée certifie avoir reçu de la part de

Mme-Mr : BENABERRAJK. Lachid

La somme de **500 Dhs** (cinq cents dirhams)

*pour un champ visuel Golomon ODS

Examen prescrit par son médecin traitant.

CABINET D'ORTHOPTIE
Fettouma JOUAHRI
Houda LAHLOU
19, Rue Hadj Omar Riffi - Casablanca
Tél.: 05 22 30 63 10/05 22 54 11 49

19 Rue Hadj Omar Riffi-casablanca Tél :0522-30-63-10

Patentes N° :34307078/34307079

ICE ; 001930840000067/ 001986132000013

CABINET D'ORTHOPTIE

Fettouma JOUAHRI

*Diplômée de la faculté de
Médecine de Bordeaux.*

Houda LAHLOU

*Diplômée de la faculté de
Médecine de Montpellier.*

Casablanca , le 18 – 05 - 2023 .

Docteur,

Le champ visuel Goldman de **Mr BENABDERRAZIK Rachid** a été fait avec une correction optique de +5, aux deux yeux.

TRACE OD :

- A partir du IV1, on retrouve la même encoche temporale , avec épargne de l'aire centrale et exclusion de la tache aveugle.
- A partir du III1, il persiste un ilot maculaire nasal.

TRACE OG :

- A partir du IV1, on retrouve l'encoche temporale supérieure avec exclusion de la tache aveugle et épargne de l'aire maculaire.
- Au III1, il persiste un ilot nasal central.
- Le II1, est très réduit.

CONCLUSION :

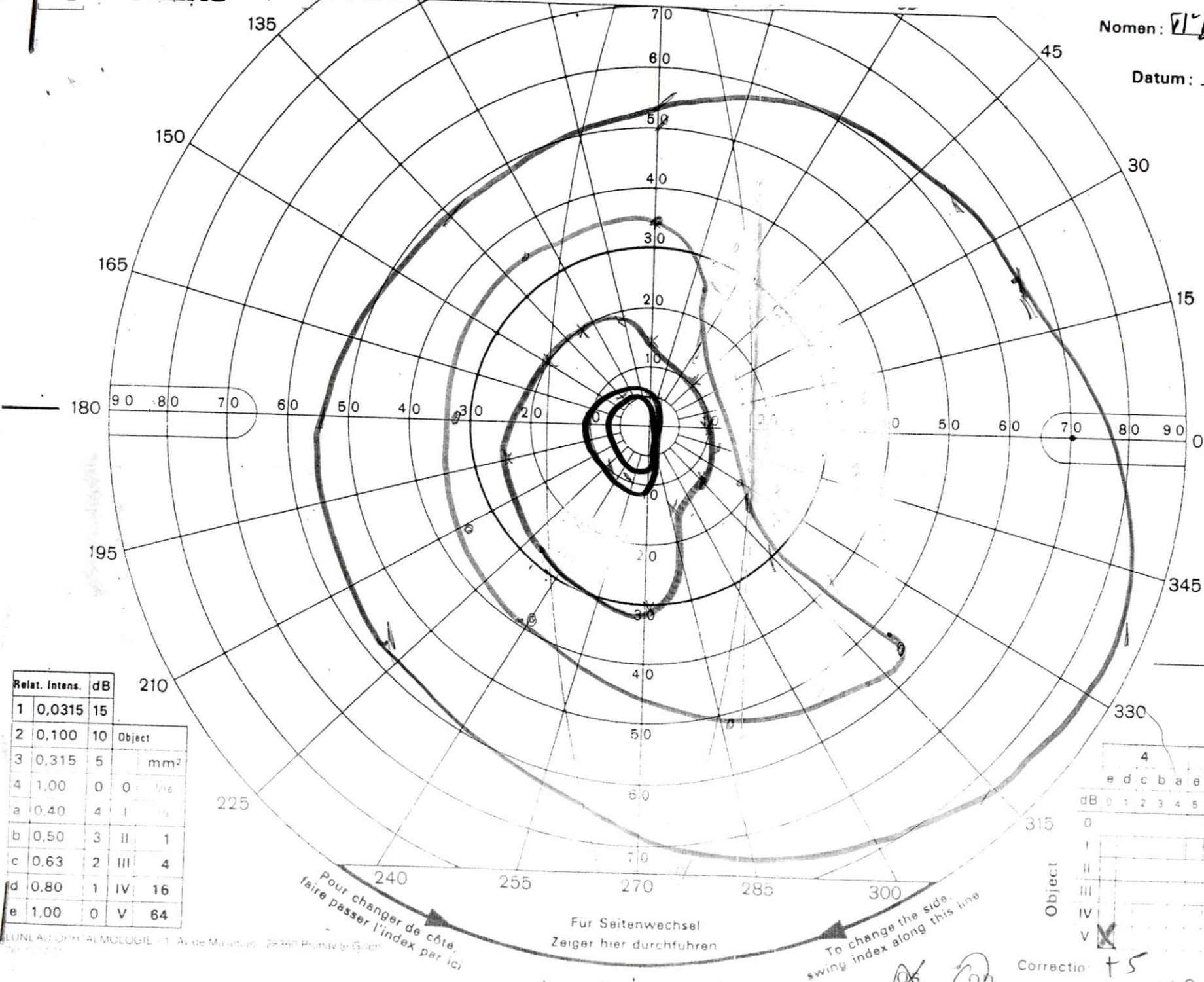
Le champ visuel de contrôle de **Mr BENABDERRAZIK**, est sensiblement comparable à l'examen pratiqué en Octobre 2022, aux deux yeux.

Avec tous mes remerciements .

CABINET D'ORTHOPTIE
Fettouma JOUAHRI
Houda LAHLOU
19, Rue Hadj Omar Riffi - Casablanca
Tél.: 05 22 30 63 10 / 05 22 54 11 49

Nomen: EL-BENABDENWAZIK KACH

Datum: 18 MAI 2023



OD

Relat. Intens.	dB	Object
1	0.0315	15
2	0.100	10
3	0.315	5
4	1.00	0
a	0.40	4
b	0.50	3
c	0.63	2
d	0.80	1
e	1.00	0

Relat. Intens.	
4	3 2 1
e d c b a e d c b a e d c b a e d c b a	
dB	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
Object	I II III IV V

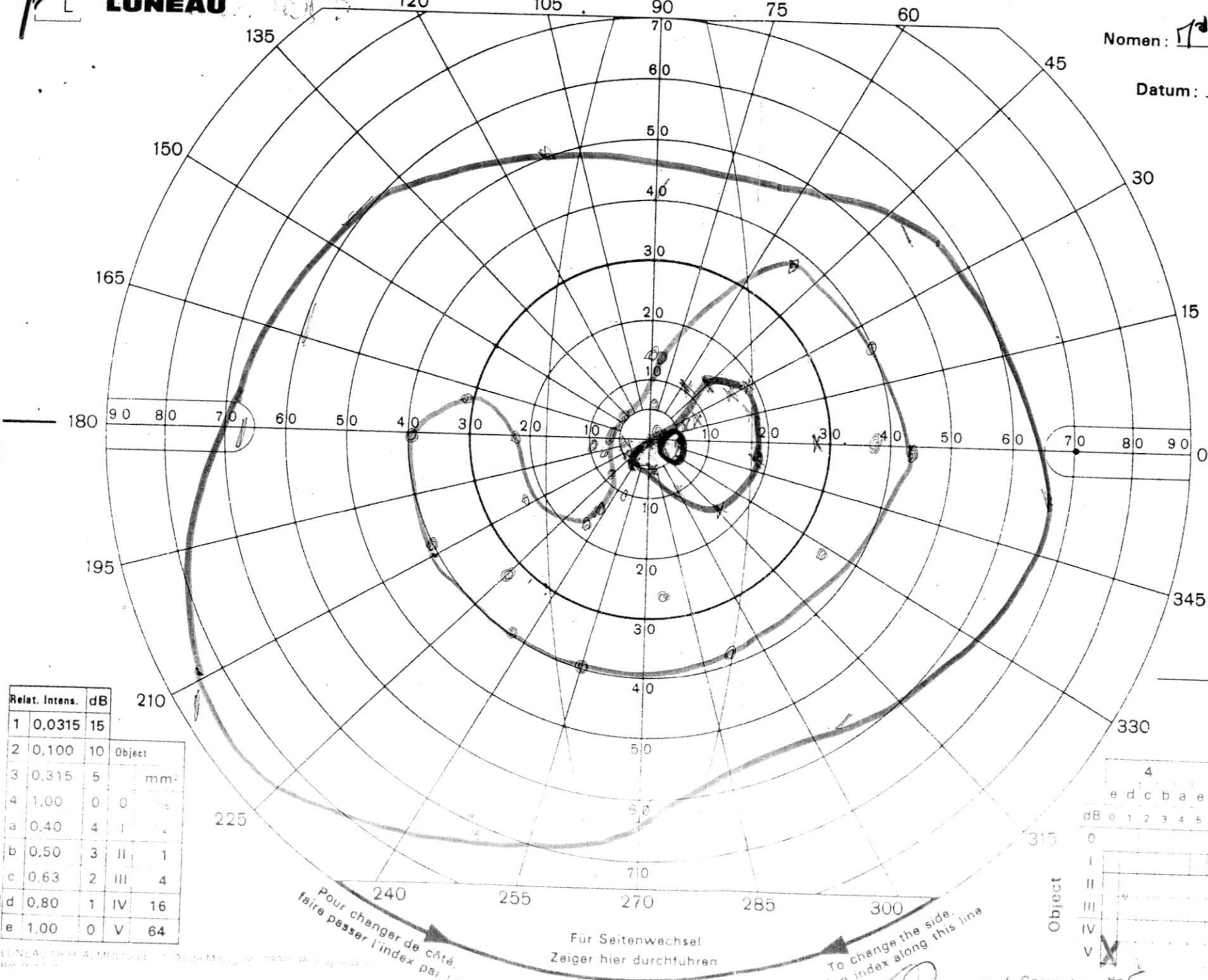
LUNEAU OPTIC-ALMOLOGIE - 1, Av. de Mulhouse - 28360 Prunay-le-Gillon

Für Seitenwechsel
Zeiger hier durchföhren

To change the side
swing index along this line

Correction: +5
Refractio: sph 0 cyl 0 Visus: 0.0

Nomen: 1^{er} BENABDI RACH
 Datum: 18 MAI 2023



06

mm Diameter pupillae

Relat. Intens.																				
4				3				2				1								
e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	
dB	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Object	I	II	III	IV	V															

Correctio. TS
 Refractio. OS
 sph 0 cyl 0 Visus: AC